

Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família

Evaluating child care in the Family Health Strategy
Evaluación de la asistencia al niño en la Estrategia de Salud de la Familia

Simone Albino da Silva¹, Lislaine Aparecida Fracolli¹

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva SA, Fracolli LI. Evaluating child care in the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(1):47-53.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20166901071>

Submissão: 09-12-2014

Aprovação: 22-09-2015

RESUMO

Objetivo: avaliar a assistência à criança menor de dois anos de idade prestada na Estratégia de Saúde da Família. **Método:** estudo avaliativo, quantitativo e transversal no qual se utilizou o *Primary Care Assessment Tool* – Versão Criança para a aferição dos atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. **Resultados:** foram entrevistados 586 adultos, responsáveis por crianças de até dois anos de idade e vinculados a 33 unidades de saúde, em onze municípios do estado de Minas Gerais, Brasil. A avaliação foi positiva para os atributos longitudinalidade e coordenação, e negativa para o acesso, a integralidade, a orientação familiar e orientação comunitária. **Conclusão:** há desencontros entre as necessidades de saúde das crianças e o que é ofertado pelo serviço; barreiras organizacionais ao acesso; ausência de contrarreferência; predominância de práticas curativas e preventivas consagradas e individuais; verticalização na organização das ações; e falta de comunicação adequada entre profissionais e usuários.

Descritores: Enfermagem; Estratégia de Saúde da Família; Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the healthcare provided to children under two years old by the Family Health Strategy. **Method:** evaluative, quantitative, cross-sectional study that used the *Primary Care Assessment Tool* - Child Version for measuring the access, longitudinality, coordination, integrality, family orientation and community orientation. **Results:** a total of 586 adults responsible for children under two years old and linked to 33 health units in eleven municipalities of the state of Minas Gerais, Brazil, were interviewed. The evaluation was positive for the attributes longitudinality and coordination, and negative for access, integrality, Family orientation and community orientation. **Conclusion:** there are discrepancies between health needs of children and what is offered by the service; organizational barriers to access; absence of counter-reference; predominance of curative and long-standing and individual preventive practices; verticalization in organization of actions; and lack of good communication between professionals and users.

Key words: Nursing; Family Health Strategy; Children's Health; Primary Health Care; Health Evaluation.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la asistencia al niño menor de dos años de edad prestada en la Estrategia de Salud de la Familia. **Método:** estudio evaluativo, cuantitativo y transversal en el cual se utilizó el *Primary Care Assessment Tool* – Versión Niño para el arqueo de los atributos de acceso, longitudinalidad, coordinación, integralidad, orientación familiar y orientación comunitaria. **Resultados:** fueron entrevistados 586 adultos, responsables por niños de hasta dos años de edad y vinculados a 33 unidades de salud, en once municipios del estado de Minas Gerais, Brasil. La evaluación fue positiva para los atributos longitudinalidad y coordinación, y negativa para el acceso, la integralidad, la orientación familiar y orientación comunitaria. **Conclusión:** hay desencuentros entre las necesidades de salud de los niños y lo que es ofertado por el servicio; barreras organizacionales al acceso; ausencia de contra referencia; predominancia de prácticas curativas y preventivas consagradas e individuales; verticalización en la organización de las acciones; y falta de comunicación adecuada entre profesionales y usuarios.

Palabras clave: Enfermería; Estrategia de Salud de la Familia; Salud del Niño; Atención Primaria a la Salud; Evaluación en Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE

Simone Albino da Silva

E-mail: simonealbino76@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi instituída nos anos 1990 como uma das formas de operacionalizar a Atenção Primária à Saúde (APS) e os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre seus objetivos, destaca-se a ampliação de acesso aos serviços de saúde, a superação do modelo curativo e hospitalocêntrico, a reorientação do modelo de atenção para a vigilância à saúde, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a implantação de novas práticas assistenciais e a atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Segundo Harzheim et al.⁽¹⁾, é possível caracterizar a ESF como uma estratégia de implantação de equipes de APS, mas a definição do marco legal de uma política pública em saúde não garante necessariamente sua real aplicação.

Em Minas Gerais, a reestruturação da APS se iniciou em 1994 com o incentivo do governo federal para a implantação da Estratégia de Saúde da Família nas regiões Norte e Jequitinhonha. Foi uma implantação gradual, com uma perspectiva de colaborar na equidade de acesso aos serviços de saúde. Atualmente, a cobertura pela ESF no estado é de 72,05% da população, com 4.552 equipes em 846 dos 853 municípios mineiros. O aumento progressivo de cobertura populacional por esse serviço foi acompanhado de melhorias na estrutura física dos serviços e da qualificação dos profissionais e dos gestores desse nível assistencial⁽²⁾.

Diante da magnitude e heterogeneidade que caracteriza a implantação da ESF nos municípios mineiros, fazer a avaliação do grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe permite a produção de conhecimento sobre sua efetividade⁽³⁾. Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar se os atributos essenciais e derivados da APS estão incorporados às práticas assistenciais para crianças menores de dois anos de idade, em municípios da região de saúde de Alfenas, estado de Minas Gerais, Brasil.

A concepção do presente estudo é o da avaliação no desfecho prático da assistência ao usuário no primeiro nível de atenção, abarcando as dimensões da conquista do direito à saúde integral, da APS como ponto central da organização de um modelo de saúde e da APS como uma tecnologia assistencial. A avaliação aqui proposta está fundamentada na dimensão tecnológica, proposta por Starfield⁽⁴⁾, que elencou as qualidades próprias da APS, os chamados atributos essenciais de acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação da atenção e longitudinalidade e os atributos chamados derivados do qual faz parte a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural.

No rol de atributos essenciais da APS, tem-se o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. A longitudinalidade é a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal

intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

O leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária constitui o atributo da integralidade. É o arranjo organizacional das ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas, hospitais, entre outros.

A coordenação da atenção pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos. O reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente também deve ser focado neste atributo. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços.

Outras três características, chamadas atributos derivados, também qualificam as ações dos serviços de APS. A orientação familiar, pela qual se deve considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e também de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral.

O reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade, por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços são características da orientação comunitária. Por fim, a competência cultural tem como proposta a adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma. A partir dessas definições, estabeleceu-se uma forma de avaliação da APS, verificando a presença e o alcance dos mesmos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal⁽⁵⁾, tendo como local de estudo onze municípios da microrregião de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. A amostragem dos participantes foi realizada pelo método de cotas, com estimativa da média com desvio padrão de 1,2, erro de 0,1 e intervalo de confiança de 95%. O número total de participantes foi dividido proporcionalmente entre as cidades e o tamanho da população coberta pela ESF.

Os participantes foram pessoas maiores de 18 anos, responsáveis pelo cuidado de crianças de 0 a 2 anos de idade, residentes e cadastradas há mais de um ano em área de abrangência de unidades da ESF de zona urbana, que funcionassem ininterruptamente há pelo menos cinco anos, em municípios, com cobertura populacional pela ESF superior a 50%, na região de saúde de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Antes de se iniciar a entrevista, os objetivos da mesma foram apresentados aos usuários da ESF selecionados, que, se concordaram

em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a legislação vigente. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A coleta de dados aconteceu nos meses de junho e julho de 2012, por meio de entrevistas feitas no domicílio, com duração média de vinte e cinco minutos. Utilizou-se como roteiro de entrevista o *Primary Care Assessment Tool – Versão Criança* (PCATool), que é um instrumento de avaliação em saúde com base nos pressupostos de estrutura, de processo e de resultado de Donabedian⁽⁶⁾. Esse instrumento foi desenvolvido nos EUA pelo grupo liderado por Starfield e vem sendo traduzido e validado em diferentes países, inclusive no Brasil⁽³⁾.

O PCATool, na versão de avaliação da assistência à criança, possui 56 questões. As três perguntas iniciais visam identificar qual unidade de saúde o usuário tem como referência de atendimento e o grau de afiliação por meio de um algoritmo pontuado de 1 a 4. Na sequência, há 53 perguntas distribuídas entre os atributos essenciais da APS: Acesso de Primeiro Contato – Utilização; Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – Integração de Cuidados; Coordenação – Sistema de Informações; Integralidade – Serviços Disponíveis; Integralidade – Serviços Prestados; e entre os atributos derivados de Orientação Familiar e Orientação Comunitária. As respostas possíveis para cada item são: “com certeza sim” (valor=4); “provavelmente sim” (valor=3); “provavelmente não” (valor=2); “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que os compõem.

Como resultado geral da avaliação pelo PCATool, tem-se duas medidas: o Escore Essencial que é a média dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e o Escore Geral que é a média dos escores dos componentes dos atributos essenciais acrescida dos escores dos atributos derivados. Esses resultados caracterizam o grau de orientação do serviço ou do sistema de saúde aos atributos da atenção primária à saúde.

As respostas foram organizadas em um banco de dados criado no *software Microsoft Excel for Windows* e a análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 14.0*, com intervalo de confiança de 95%. Para a aferição de cada atributo, foi feito um escore, utilizando-se a média

aritmética das respostas que é comparado ao valor de referência 6,66, limite entre alto e baixo escore. Para a comparação dos escores médios dos atributos da APS por grupos, utilizou-se o modelo ANOVA com *post hoc* pelo método Tukey. Cada atributo também foi analisado, considerando-se cada item, tendo como referência o percentual de 66,6% adotado no PCATool. Essa análise teve a consistência interna e a confiabilidade avaliadas pelo método Alfa de Cronbach.

RESULTADOS

As entrevistas ocorreram em áreas de abrangência de 33 unidades da ESF, localizadas em 11 dos 17 municípios que compõem a região de saúde de Alfenas. Participaram 586 adultos responsáveis/cuidadores de crianças de 0 a 2 anos, que, a despeito dos critérios de inclusão descritos anteriormente, não apontaram unanimemente a ESF como fonte regular para o cuidado de saúde da criança, sendo este serviço indicado por 330 usuários (56,31%), seguido de ambulatório especializado (25,26%), de unidade básica tradicional (9,39%) e de Pronto-Socorro (9,04%).

Para atender aos objetivos propostos, optou-se por analisar os dados coletados junto aos 330 participantes que responderam sobre as equipes da ESF, que tinham como características serem do sexo feminino (98,46%); de cor branca (53,44%); mães (86,50%); na faixa etária de 20 a 39 anos (59,73%); casadas/amasiadas (75,65%) e que têm entre 1 e 2 filhos (65,22%).

Para este grupo, o grau de afiliação foi de 3,55, em uma escala de 1 a 4. Os escores médios dos atributos da APS, conferidos pelos participantes, estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1 - Valores médios e respectivos desvios padrão dos atributos da atenção primária à saúde, escore essencial e escore geral, conferidos pelos responsáveis por menores de dois anos, na avaliação da Estratégia de Saúde da Família, região de saúde de Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2012

Atributo da APS	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	329	0,00	10,00	7,99	2,45
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	329	0,00	10,00	4,87	2,45
Longitudinalidade	329	0,71	10,00	6,66	1,97
Coordenação - Integração de Cuidados	47	0,00	10,00	6,88	3,24
Coordenação – Sistemas de Informação	317	0,00	10,00	6,98	1,95
Integralidade – Serviços Disponíveis	288	0,00	10,00	5,18	1,88
Integralidade – Serviços Prestados	322	0,00	10,00	6,50	3,42
Orientação Familiar	324	0,00	10,00	5,10	2,97
Orientação Comunitária	295	0,00	10,00	5,69	2,24
Escore Essencial	330	2,75	8,67	6,44	1,18
Escore Geral	330	2,65	8,96	6,21	1,20

Das Tabelas 2 a 5 serão apresentados os atributos que atingiram os menores escores médios, a saber: acesso de primeiro contato – acessibilidade, integralidade – serviços disponíveis, orientação familiar e orientação comunitária, na tentativa de compreender como se configuram as maiores dificuldades de se alcançar uma assistência de qualidade à criança no nível da atenção primária à saúde. A análise dos atributos será feita observando os valores médios de cada um de seus componentes, que também tiveram a

consistência interna e confiabilidade avaliadas pelo método Alfa de Cronbach.

Para os responsáveis/cuidadores das crianças de 0 a 2 anos, esse atributo teve uma avaliação de baixo escore médio. Os itens que compõem esse componente da integralidade são relacionados a toda a experiência do entrevistado com o serviço de saúde e não se referem exclusivamente à criança em questão. Não necessariamente, a criança deve ter recebido esses serviços, mas o entrevistado deve, sim, saber ou não sobre sua disponibilidade⁽³⁾.

Tabela 2 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, região de saúde de Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,696, N = 329)

Avaliação	C1	C2	C3	C4	C5	C6
	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	32,62	33,74	42,38	10,06	31,31	29,79
Provavelmente, sim	22,56	20,25	20,12	13,41	23,40	10,94
Provavelmente, não/não sei não lembro	19,21	19,02	15,55	20,12	14,29	28,27
Com certeza, não	25,61	26,99	21,95	56,40	31,00	31,00
Total	100	100	100	100	100	100

Notas: C1 – Quando o (a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia? C2 – Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão da criança (“consulta de rotina”) no(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? C4 – Quando você chega no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando você pensa que é necessário? C6 – Quando o “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

Tabela 3 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, região de saúde de Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,650, N = 288)

Avaliação	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	60,90	37,50	65,97	32,64	23,61	24,39	6,97	40,07	12,15
Provavelmente, sim	6,23	21,18	13,89	17,71	15,28	17,77	5,92	19,51	17,01
Provavelmente, não/não sei não lembro	8,65	22,92	11,11	22,57	37,50	39,37	23,00	20,21	31,94
Com certeza, não	24,22	18,40	9,03	27,08	23,61	18,47	64,11	20,21	38,89
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis: G1 – Vacinas (imunizações). G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. G3 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. G4 – Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos). G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir). G6 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. G7 – Sutura de um corte que necessite de pontos. G8 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

Tabela 4 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, região de saúde de Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,600, N = 324)

Avaliação	I1	I2	I3
	%	%	%
Com certeza, sim	23,46	51,54	25,31
Provavelmente, sim	11,11	13,58	25,93
Provavelmente, não/não sei não lembro	18,52	8,95	29,63
Com certeza, não	46,91	25,93	19,14
Total	100	100	100

Notas: I1 — O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança? I2 — O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)? I3 — O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?

Tabela 5 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, região de saúde de Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,588, N = 295)

Avaliação	J1	J2	J3	J4
	%	%	%	%
Com certeza, sim	84,07	46,44	20,68	17,29
Provavelmente, sim	7,46	31,19	16,61	4,41
Provavelmente, não/não sei não lembro	4,41	16,61	24,75	11,86
Com certeza, não	4,07	5,76	37,97	66,44
Total	100	100	100	100

Notas: J1 — Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares? J2 — O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança? A seguir, são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas? J3 — Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? J4 — Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?

DISCUSSÃO

O alto percentual de usuários da ESF que referiram outros serviços da rede assistencial como referência para o cuidado da criança menor de dois anos ratificou as observações feitas durante a coleta de dados de que alguns municípios implantaram a ESF sem reorganizar a atenção básica tradicional existente. Tal situação é exemplificada pela manutenção de consultas pediátricas e salas de vacina fora da ESF. Desta forma, tornou-se os serviços por vezes complementares e por vezes concorrentes. Em outras avaliações que utilizaram a mesma metodologia, o percentual de responsáveis a indicarem a ESF como principal fonte de cuidados por crianças de 0 a 2 anos foi bem superior. No estudo de Ribeiro et al.⁽⁷⁾, foram 77,6% dos entrevistados e no de Leão, Caldeira e Oliveira⁽⁸⁾, 77,7%.

O alto grau de afiliação e a média de avaliações positivas para o atributo acesso de primeiro contato – utilização evidenciaram que os usuários da região de saúde de Alfenas depositam a confiança e a responsabilidade pelo cuidado de saúde da criança na ESF referida. Outros estudos também obtiveram resultados positivos para o grau de afiliação⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Em contraste ao resultado do grau de afiliação, o atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade recebeu uma avaliação de baixo escore. Na interpretação dos itens que o compõe, destacados na Tabela 2, as principais barreiras evidenciadas foram a dificuldade de se marcar um atendimento para o mesmo dia, ou para quando pensa que é necessário, e a dificuldade de se conseguir um aconselhamento rápido por telefone com um profissional. Existe mais facilidade em agendar uma consulta de rotina, e para a realização da qual não é preciso aguardar mais que trinta minutos.

A dificuldade com a acessibilidade ao atendimento na APS é comum, como mostram outros trabalhos⁽⁸⁻¹⁰⁾, o que denota um enfraquecimento logo no início do processo de cuidado. Para Leão, Caldeira e Oliveira (2011)⁽⁸⁾, é possível que as dificuldades de alcance desse atributo estejam vinculadas às particularidades da criança e às demandas curativas apresentadas aos serviços de saúde pelo maior volume de afecções agudas que apresenta nessa faixa etária. No mesmo entendimento, infere-se que essa maior demanda torna ain-

da mais legítima essa avaliação negativa. O apanhado desses resultados mostra que esse atributo da APS não se desenvolveu, atendendo parcialmente aos usuários que consideram a ESF como a porta de entrada do sistema de saúde.

A Longitudinalidade é o acompanhamento ao longo do tempo, no qual está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e por confiança por parte do paciente⁽¹¹⁾ e é considerado o atributo central da APS⁽⁴⁾. Seu desenvolvimento tem como resultado diagnósticos e tratamentos mais precisos, redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade⁽¹²⁾. Esse atributo alcançou alto escore na avaliação dos participantes da região de saúde de Alfenas. Resultado semelhante também foi alcançado em outros trabalhos^(8,10,13).

Para a avaliação do atributo coordenação - integração de cuidados, foi necessário inicialmente responder se a criança foi encaminhada a um especialista enquanto está em acompanhamento na ESF. Do total de participantes, 47 (14,24%) responderam afirmativamente a essa questão e avaliaram com alto escore essa qualidade da APS. Esse baixo percentual de encaminhamentos referidos pelos entrevistados e a avaliação positiva desse atributo guardam relação com a avaliação da longitudinalidade, podendo-se inferir como um resultado desta e como resultado positivo da organização regional dos serviços de saúde implementada no *locus* do estudo. O trabalho de Oliveira⁽⁹⁾ atingiu resultado semelhante, e o estudo de Braz⁽¹⁰⁾, divergente.

Sobre a coordenação – sistema de informação, a avaliação dos participantes da região de saúde de Alfenas foi classificada como alto escore, evidenciando que existem condições favoráveis no tocante à existência de registro e de disponibilidade das informações para o desenvolvimento da coordenação e para a Longitudinalidade do cuidado. A avaliação da assistência à criança executada por Braz⁽¹⁰⁾ obteve resultados positivos para a coordenação – sistema de informação. Já na avaliação de Oliveira⁽⁹⁾, essa qualidade não atingiu o valor classificatório. Nos estudos em que esse atributo não foi dividido, os resultados foram de baixo escore^(8,13).

O atributo Integralidade está dividido em dois elementos, integralidade – serviços disponíveis e integralidade – serviços prestados. Para o elemento integralidade – serviços disponíveis, há questões que se referem a toda a experiência com o serviço de saúde e abordam serviços disponíveis a toda a família. A avaliação dos usuários da região de saúde de Alfenas foi baixa, da mesma forma como ocorreu em outros trabalhos^(8-10,13).

No estudo dos itens deste atributo, destaca-se que, dentre os serviços disponíveis, os itens referentes às imunizações, sobre planejamento familiar e sobre métodos anticoncepcionais, receberam avaliações positivas acima do limite classificatório para um bom resultado. Contudo, a maioria dos itens recebeu o maior percentual de avaliações negativas, o que contribuiu para o baixo escore do atributo. Destacam-se os resultados mais baixos nos itens sobre disponibilidade de sutura; sobre avaliação visual; sobre tratamento/aconselhamento; sobre abuso de drogas lícitas/ilícitas e sobre tratamento/aconselhamento de saúde mental. O desfecho da avaliação desse atributo em outros estudos é coincidente nos itens sobre drogas, saúde mental^(9-10,13), avaliação visual⁽⁹⁻¹⁰⁾ e aconselhamento e detecção do HIV^(9-10,13).

É contundente a necessidade de as unidades da ESF ampliarem o escopo de atuação dos serviços da ESF⁽¹³⁾ e de melhor qualificação dos profissionais no manejo das condições mais comuns e de grande impacto na saúde das famílias e da comunidade, como o alcoolismo, o uso de drogas e os problemas de saúde mental⁽⁸⁾. As unidades de APS não podem ser orientadas por programas verticais, mas, sim, pelas necessidades de saúde da sua população⁽¹³⁾.

Na avaliação da integralidade - serviços prestados, o escore foi classificado como baixo, porém muito próximo ao valor limite de classificação. Nas demais avaliações utilizadas como referência, os serviços disponíveis foram positivos^(8-10,13). Os itens desse elemento foram sobre serviços disponíveis exclusivamente para a criança, e o resultado permite a consideração

de que está aquém das necessidades. Para Starfield⁽⁴⁾, o segundo atributo de maior valor para os usuários é a integralidade, atrás apenas da longitudinalidade. Os pacientes reconhecem a importância da integralidade e expressam sua insatisfação com sua ausência. Quando os serviços são muito limitados em alcance ou profundidade, as doenças preveníveis podem não ser evitadas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco e as pessoas podem morrer mais cedo do que deveriam.

A avaliação para os atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária também foi de baixo escore, assim como em outros estudos^(8-10,13).

A Orientação Familiar é um atributo derivado que implica considerar a família como o sujeito da atenção⁽⁸⁾ e, conforme a Tabela 4, todos os itens tiveram avaliações abaixo do valor classificatório, o que reforça os resultados encontrados no atributo Longitudinalidade, destacando que o processo de trabalho nas ESFs é percebido pelos cuidadores de crianças de 0 a 2 anos como centrado na questão biológica do processo saúde-doença, com pouca valorização da opinião do cuidador da criança e das características do grupo familiar da mesma.

Para Harzheim⁽¹³⁾, a presença de um novo membro na organização familiar abre importantes oportunidades para o profissional de saúde atuar junto aos demais membros envolvidos. Busca-se conhecer o contexto biopsicossocial do processo saúde-doença, abordar crenças e comportamentos da família relacionados à saúde, prevenir problemas de transição do ciclo familiar e reforçar a utilização da família como recurso valioso e responsável pela saúde da criança e dos demais membros. Perder essa oportunidade de cuidado impede que as ações realizadas em escala individual – a consulta da criança – se tornem uma dimensão coletiva, reduzindo o impacto potencial da relação profissional – criança – cuidador.

Costa et al.⁽¹⁴⁾ afirmam que os profissionais de saúde, sobretudo os de nível superior, ainda permanecem praticando apenas a orientação individual em consultório, ainda que no contexto do ESF.

Na interpretação dos dados da Tabela 5, que aborda os componentes do atributo orientação comunitária, verifica-se o alto percentual negativo recebido sobre a busca dos profissionais do serviço em conhecer os problemas da comunidade da qual faz parte, bem como a participação comunitária e o controle social nas ações e nos serviços de saúde da ESF na região de Alfenas - MG.

Braz⁽¹⁰⁾, Oliveira⁽⁹⁾ e Leão, Caldeira e Oliveira⁽⁸⁾ encontraram resultados semelhantes a esses em sua avaliação. Contrastando com esse resultados, Harzheim⁽¹³⁾ encontrou em sua avaliação da ESF altos valores para os itens desse atributo.

De acordo com Starfield⁽⁴⁾

todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento deste contexto. O atributo orientação comunitária resulta de um alto grau de integralidade da atenção geral.

O reconhecimento do atributo orientação comunitária pelos usuários se deve, principalmente, ao trabalho realizado

extramuros de monitoramento, de vigilância à saúde e de acompanhamento das famílias e da comunidade. Esse trabalho é efetuado principalmente pelos ACS e em intensidade variada pelos demais profissionais de saúde^(8,13).

O Escore Essencial obteve avaliação classificada como alto escore. Ele é formado pela média dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais: acesso de primeiro contato – utilização; acesso de primeiro contato – acessibilidade; longitudinalidade; coordenação – integração de cuidados; coordenação – sistema de informação; integralidade – serviços disponíveis; integralidade – serviços prestados; dividido pelo número de componentes. Os demais trabalhos consultados obtiveram resultados semelhantes⁽⁸⁾ ou divergentes^(10,13). Esse resultado de alto escore, ainda que discretamente acima do valor limite de classificação, fala a favor da forma como a ESF organiza as ações e serviços na saúde da criança, mas indica a necessidade de questões a serem fortalecidas e que serão discutidas pontualmente mais adiante.

Já o Escore Geral, que é composto pela média dos escores de todos os atributos mais o Grau de Afiliação, foi avaliado como baixo, influenciado pelos baixos escores dos atributos de Orientação Familiar e de Orientação Comunitária, assim como ocorreu em outros estudos^(8,10,13).

Nos escores médios dos atributos da ESF, não foi encontrada diferença estatística, comparando-se os grupos de participantes classificados de acordo com o sexo, a idade e a presença de

filhos. Comparando-se os grupos segundo a cor referida, os participantes que se autodeclararam pardos atribuíram valores inferiores que os demais grupos para o atributo Longitudinalidade. Cotejando-se os grupos segundo seu estado civil, os viúvos e solteiros atribuíram valores superiores aos demais grupos, para o atributo Coordenação – Sistemas de Informação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da ESF na região de Alfenas, Minas Gerais, desvela que até o momento a assistência à saúde da criança não está imbuída de grande parte dos atributos da APS. Ainda que o modelo de saúde instituído nas diretrizes da ESF seja voltado para a assistência integral, com ênfase na promoção e prevenção da saúde, viu-se que existem questões a serem desenvolvidas.

As barreiras organizacionais ao acesso; a ausência de contrarreferência; a predominância de práticas curativas e preventivas consagradas e individuais; a incipiência nas ações de promoção de saúde; a verticalização na organização das ações; a falta de comunicação adequada entre profissionais e usuários; e o pouco espaço para a participação e inclusão de novas demandas de saúde da população. O arranjo de alguns municípios, que mantêm uma APS mista com unidades básicas de saúde tradicionais e unidades da ESF, tornando-as paralelas, contribui na fragmentação da assistência à criança e à família.

REFERÊNCIAS

1. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 Aug[cited 2014 Dec 2];22(8):1649-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf> Portuguese.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Estado - Minas Gerais [Internet]. 2013[cited 2013 Nov 27]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Brasília: Unesco; 2002.
5. Novaes HMD. [Evaluation of health programs, services and technologies]. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000 Oct[cited 2014 Dec 2];34(5):547-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf> Portuguese.
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q* [Internet]. 2005 Jan[cited 2014 Dec 2];83(4):691-729. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>
7. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. [Reception of children in primary health care: a study on attitudes by family health team members]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010[cited 2013 Sep 19];26(12):2316-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/10.pdf> Portuguese.
8. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. [Aspects of primary care for children: an evaluation of care-givers]. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2011 Sep[cited 2014 Dec 2];11(3):323-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf> Portuguese.
9. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015[cited 2015 Apr 24];49(1):30-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0030.pdf>
10. Braz JC. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia de Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
11. Cunha EM, Giovannella L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011[cited 2014 Jan 23];16:1029-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>

12. Gérvas J, Pérez Fernández M. [The scientific basis for the gatekeeping role of general practitioners]. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2005 Jun[cited 2014 Apr 2];8(2):205–18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n2/12.pdf> Spanish
 13. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil [thesis]. Alicante: Departamento de Salud Publica: Universidad de Alicante; 2004.
 14. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. [Evaluating child healthcare in the context of Family Healthcare in the city of Teixeira, Minas Gerais (MG, Brazil)]. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 Jul[cited 2013 Sep 19];16(7):3229–40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/22.pdf> Portuguese.
-